



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico 2015 / 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

Caso clínico enfermería: Aspectos psicosociales de una persona transgénero según el modelo de Dorothy Johnson.

Autor: Daniel Alcaina Pardos

Tutora: Dña. Ma Eugenia Estrada Fernández

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO	8
METODOLOGÍA	8
DESARROLLO	9
VALORACIÓN ENFERMERÍA	9
VALORACIÓN FÍSICA	10
HISTORIA ENFERMERÍA	10
ORGANIZACIÓN DE DATOS	12
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	13
FORMULACIÓN DE PROBLEMAS	14
PLANIFICACION DE CUIDADOS	14
EVALUACIÓN	17
CONCLUSIÓN	18
AGRADECIMIENTOS	19
BIBLIOGRAFÍA	20

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Se ha realizado una valoración de enfermería a Pilar, centrada en el área psicosocial, prestando atención a su situación de transexual femenina (MTF), como circunstancia no patológica y los riesgos para su salud mental a los que está expuesta como consecuencia del estigma al que se enfrenta por ello (transfobia).

METODOLOGÍA

Se ha realizado una actualización del tema de la transexualidad con artículos aportados por la doctora Esther Gómez Gil y recogidos en las bases de datos: MEDLINE, EMBASE, CUIDEN y Cuidatge. También se ha recogido en la biblioteca del Colegio de Enfermería de Huesca información sobre el modelo de cuidados utilizado en el caso.

La organización de datos y el papel de enfermería se abordan desde el modelo del sistema conductual de enfermería de Dorothy Johnson.

DESARROLLO

El plan de cuidados se ha centrado en el desarrollo del diagnóstico enfermero: Disconfort (00214), aprobado en la conferencia de 2010 de la NANDA y descrito como "percepción de falta de tranquilidad, alivio y transcendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social".

Se ha trabajado en el campo de la información sobre el tratamiento y la disminución de la repercusión de los estímulos ambientales nocivos en la persona.

CONCLUSIONES

La mejoría de su situación ha sido discreta, debido al poco tiempo con el que se ha evaluado y a que la situación desde la que se parte no es patológica.

PALABRAS CLAVE

Transexualismo, Atención de Enfermería, Salud Mental, Impacto Psicosocial, Procesos de enfermería, Manejo de caso.

INTRODUCCIÓN

Podemos definir el sexo como el conjunto de características anatómico-fisiológicas del individuo que abarcan el sexo cromosómico, gonadal, hormonal, genital y fenotípico. Esta categoría la podemos dividir en dos: el sexo masculino y el femenino, con caracteres sexuales primarios (CCSSI) y caracteres sexuales secundarios (CCSSII) masculinos o femeninos que se ajustarán a lo que en la sociedad se relaciona con el rol de género de hombre o mujer, en cada caso¹.

De media, a los dos años de edad los niños comienzan a categorizar a las personas en dos grupos o géneros. Empiezan a tomar conciencia de ciertas características de cada uno de los dos géneros y simultáneamente aprenden a abstraer esos caracteres de personas que no conocen para, de un modo casi directo, categorizarlas dentro de uno de ellos. La principal asignación se realiza en base a los CCSSI y la reafirmación se realiza en base a los CCSSII. En aquel momento no cabe esperar que en esta asignación de género, meramente social, relacionada con características corporales quepan excepciones. Puesto que el aparato reproductor propio es un tema tabú y en nuestra sociedad no se expone públicamente, la asignación del género se lleva a cabo en base a algunas características relacionales que cada persona muestre¹.

Asimismo, podemos definir el género como un constructo social dentro del que cada persona, de forma individual se identifica y a partir del cual el resto de la sociedad categoriza a esa persona. De esta forma, se establece un precedente y se asienta una base con la que la persona y la sociedad se relacionan y en base a la cual se discernirá entre el "papel" de hombre y de mujer. Este constructo social es captado por los niños alrededor de los dos años. Entre esta edad y los cuatro, comenzaran a identificarse con uno de los papeles, generalmente de forma permanente, a partir de ese momento y para el resto de su vida y de forma correlativa al propio sexo que cada persona posee¹.

No siempre el género identificado corresponde al sexo "recibido". Cuando no existe correlación entre el sexo y el género, se habla de *disforia de identidad de género*. Situación ya descatalogada como una patología mental pero que puede ocasionar al individuo gran malestar social, psicológico o ambos,

encontrándose altas morbilidades en consonancia con ciertas enfermedades mentales, relacionadas con el manejo de la ansiedad o las habilidades relacionales¹.

En la bibliografía se observan tres acontecimientos que pueden suponer el inicio del cambio físico y psicosocial al sexo "sentido" por los transexuales: el comienzo de la experiencia de vida real, el inicio del tratamiento hormonal o el someterse a la cirugía de reasignación sexual (CRS). Antes de esto se encuentran experiencias de inapropiación del sexo biológico, percepción inatractiva del cuerpo, inseguridad e incongruencia de la imagen corporal y cómo creen que les ven otros. Además de los problemas psicológicos también se enfrentan a problemas sociales como el riesgo a tener problemas laborales, disminución de la vida social y miedo a ser juzgados como personas enfermas². La experiencia de vida real supone el comienzo a vivir, trabajar y relacionarse en todas las actividades de su vida de acuerdo con el género deseado, durante el mayor tiempo posible³.

De forma posterior al cambio, es posible que no todos los resultados sean beneficiosos. Pueden tener unas expectativas poco realistas sobre la apariencia física y la vivencia personal de la experiencia de vida puede no resultar satisfactoria. Algunas personas pueden tener una mala adaptación al tratamiento hormonal. Sin embargo, la mayoría de las personas que realizan el cambio lo realizará sin problemas y en muchos casos, si antes de este existían comorbilidades psiquiátricas como las anteriormente citadas, de forma posterior al inicio del tratamiento hormonal tenderán a disminuir esas cifras². Algunos factores de buen pronóstico de la CRS en el cambio son la edad (a más joven, mejor aceptación de la situación que en mayores de 35 años) o la orientación sexual (en sujetos homosexuales se observan mayores cifras de arrepentimiento)⁴. Los mayores determinantes de calidad de vida en transexuales no intervenidos de CRS son el inicio y mantenimiento del tratamiento hormonal, el apoyo familiar y la ocupación (estudiar o trabajar)⁵. También la situación sentimental puede ser un factor protector para la satisfacción con la CRS. Se ha observado que tener pareja estable repercute de forma similar en la calidad de vida de los transexuales intervenidos que el haber comenzado la terapia hormonal⁶.

En España, la disforia de género es tratada por equipos multidisciplinares llamados *unidades de identidad de género*. En los últimos años estos equipos se han visto desbordados por toda la demanda que reciben⁷. La situación de la transexualidad en la sociedad ha cambiado mucho durante el último siglo (Tabla I), tanto su patologización como su introducción en la ley, el estado de su estigma y la vivencia de las personas que se identifican con ella. Los escasos recursos sanitarios disponibles en la cartera de servicios sanitarios destinados a esta parte de la población ha llevado a muchos transexuales, en su mayoría femeninos (MTF) a iniciar la autohormonación por iniciativa propia^{8, 9}. Situación que supone un riesgo con consecuencias no solo fisiológicas, sino también psicológicas. Se ha demostrado mayor prevalencia de episodios de ansiedad y depresión en individuos que aún no han comenzado el tratamiento hormonal respecto a los que sí que lo llevan a cabo². Mediante el seguimiento de ciertos estándares de cuidado, como los de la World Professional Association for Transgender Health, como guía orientativa podría reducir el tremendo lapso temporal al que está expuesto todo el proceso de atención sanitaria y verse reducida la probabilidad de desarrollo de psicopatologías que derivan del mismo¹⁰. Entre 2000 y 2009 en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña se atendieron 1377 primeras visitas en relación con este diagnóstico, de las cuales, más del 85% recibieron el diagnóstico de *transexualismo*⁷. Son precisamente los riesgos que conlleva la falta de cobertura sanitaria los que ponen en valor la necesidad de aumentar el estudio de la transexualidad, no solo en el ámbito de la medicina, sino también en el de la enfermería tanto de salud mental como comunitaria, con objetivos enfocados a la prevención y la educación de estas personas.

Años	Tabla I: Historia de la transexualidad
1853	1º cuadro clínico compatible con la transexualidad ¹¹ .
20's	Ya se disponía de la tecnología médica necesaria para reconducir los cuerpos que no entraban en la norma social. Se necesitaba que la medicina aceptara el cuerpo transexual como el elemento a modificar y que el fin de esa metamorfosis fuera el de terminar el sufrimiento que describían estas personas. La primera vez que se utiliza el término <i>travestismo</i> para englobar todos los diagnósticos actuales de transexualidad sucede en 1925 ¹¹ .
40's	Caldwell utiliza el término <i>transexual</i> como calificativo por primera vez en 1949 ¹¹ .
50's	En 1953, Harry Benjamin aporta una definición de la transexualidad y ciertas guías clínicas para tratarla. ¹ Comienzan a salir a la luz casos famosos que muestran a la población este fenómeno, lo que produce un aumento espectacular de las peticiones de hormonación y de CRS ¹¹ .
60's	En 1968 se establece la diferencia entre <i>transvestido</i> y <i>homosexual</i> en el libro <i>Sex and Gender</i> de Stoller y en 1969 se publica <i>Transexualidad y reasignación de género</i> , donde Green y John Money realizan una descripción sistemática del trastorno y establecen el término <i>identidad de género</i> ¹ . Comienza a crearse un modelo clínico o médico configurado a partir de tres ejes: la aversión hacia los caracteres sexuales de nacimiento y voluntariedad de crear homología entre sexo y género, la condición heterosexual y el deseo por incorporarse a los grupos sociales de hombres o de mujeres ¹ .
70's	Durante esta década, el objetivo del movimiento gay/lésbico se hallaba en la extracción del diagnóstico de la homosexualidad del catálogo de psicopatologías. Mientras tanto, en 1975, el transexualismo queda incluido en el CIE. Al mismo tiempo y coincidiendo con la llegada de la democracia a España comenzaban a crearse asociaciones transexuales que empezaron a servirse de la situación de enfermedad para argumentar la inclusión de sus casos en la cartera de servicios del sistema nacional de salud ¹¹ .
80's	En la tercera edición de The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), publicado en 1980, aparece un apartado sobre trastornos de la identidad sexual o de género, donde se habla del <i>transexualismo</i> , el trastorno de identidad de género en la infancia y los trastornos de la identidad de género no identificados ^{1, 11} . En el movimiento <i>trans</i> (conjunto de asociaciones que trabajan a favor de los derechos y la inserción en la sociedad de las personas transexuales y las consignas que estas plantean) estadounidense (desfasado dos décadas en España) comienza a crearse un debate sobre si el tratamiento médico era la solución universal para la resolución de su cuestión identitaria. Se crean dos corrientes de pensamiento encontradas. Por un lado aquellos que defienden la reasignación del sexo como único modo de alcanzar su identidad, para justificar la cobertura sanitaria; por otro, los que ven esta postura como el precedente para que a todo el colectivo le sea obligada la adherencia

	al tratamiento para ser reconocidos legalmente con el género que se identifican. ^a
2003	En España se realizan peticiones a diferentes instituciones para que la transexualidad deje de ser considerada una patología psiquiátrica, con el pretexto de que el sufrimiento de las personas <i>trans</i> no emana de una condición patológica sino de la sociedad transfóbica en la que se incluye ¹¹ .
2007	Aprobación de la Ley de Identidad de Género. Incluye el reconocimiento legal de la identidad sexual sin necesidad de presentar ante un juez un certificado de la realización de la CRS. Esto supone un avance respecto a la resignación a la cirugía y al modelo biomédico, aunque continúan patentes ciertas condiciones para el reconocimiento del género al que solicitan pertenecer: la adherencia al tratamiento durante al menos dos años ¹¹ .
2009	Se comienzan a crear las Leyes integrales de Transexualidad en las diferentes comunidades autónomas españolas en las que se realiza una revisión de las guías clínicas y se regulan aspectos de la educación, integración laboral y apoyo administrativo ¹⁰ .
2010	La American Psychiatric Association ya incluye en los borradores de la quinta edición del DSM los criterios diagnósticos que incluyen la sustitución del término trastorno de identidad de género (TIG) por disforia de identidad de género (DIG), con lo que se admite la eliminación parcial de la patologización mental. También en el CIE-10, publicado por la OMS se aplican cambios similares a los propuestos en el DSM-IV ¹⁰ .
2011	El Parlamento Europeo aprueba un texto sobre orientación sexual y la identidad de género en el que se condena el hecho de que en ciertos países todavía se perciba la homosexualidad, la bisexualidad o la transexualidad como enfermedades mentales. Además, exige la lucha contra este fenómeno y pide la despsiquiatrización de la vivencia transexual ¹⁰ .
Fuente: propia.	

^a Esta segunda posición iba encaminada a la despatologización de la transexualidad, con el fin de que la condición de reasignado dejara de ser *sin equa non* del reconocimiento legal que necesitaban. Varios estudios dan apoyo a esta postura, revisando el modelo dicotómico macho/hembra y postulando la existencia de sexos y géneros supernumerarios. El modelo médico aseguraba la reconducción de todos los individuos fuera de la correlación sexo-género a uno de los dos preestablecidos y los individuos sometidos a la cirugía pasaban de estar enfermos a abandonar la categoría de transexual, frente al modelo bajo el que buscaban representación un conjunto diverso de transexualidades que reclamaban su condición específica de personas *trans*. Por parte de algunas académicas se comienza a explicar el problema transexual como una consecuencia del modelo dicotómico, trasladando la discusión desde el campo del cuerpo erróneo hasta el de haberse criado en una cultura errónea.

OBJETIVO

Objetivo general:

Desarrollar un caso clínico de enfermería sobre los aspectos psicosociales de una persona transexual, siguiendo el modelo de Dorothy Johnson.

Objetivos específicos:

Determinar el riesgo de la persona transexual de sufrir patologías mentales en relación con su situación y evaluar las estrategias de prevención que dispone para evitarlo desde el punto de vista enfermero.

Demostrar el cuidado que merece la situación no patológica que supone la transexualidad.

Realizar un trabajo de prevención de morbilidades mentales relacionadas con la transexualidad aplicado al caso clínico de enfermería.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo la valoración y organización de datos siguiendo el modelo de enfermería de Dorothy Johnson¹². La formulación de problemas, la planificación de los cuidados y la evaluación de los mismos se ha realizado mediante el catálogo de la NANDA¹³, NOC¹⁴, NIC¹⁵.

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los aspectos psicosociales fundamentales en transexuales. Se han extraído del DECS los descriptores: Transexualismo, Personas Transgénero e Impacto Psicosocial. Se han combinado para buscar resultados en las bases de datos: MEDLINE, EMBASE, CUIDEN y Cuidatge. Se ha contactado con expertos de la unidad de identidad de género de Hospital Clínico de Barcelona, que proporciona artículos a la bibliografía encontrada.

Se ha visitado la biblioteca del Colegio de Enfermería de Huesca con el fin de recabar información sobre el modelo de Dorothy Johnson.

DESARROLLO

VALORACIÓN ENFERMERÍA

Fecha: 16/01/2016

Nombre: Pilar ^b

Sexo: _____ ^c

Edad: 25 años

Estado civil: Mantiene una relación desde hace un año.

Alergias: manzana y pelo de gato.

Procedencia: A través de una asociación de personas LGBT.

Antecedentes médicos: No refiere.

Antecedentes quirúrgicos: No tiene. ^d

Antecedentes psiquiátricos: No tiene.

Tratamiento Farmacológico:

TABLA N° II: Tratamiento farmacológico.			
Medicamento	Vía	Posología	Mecanismo de acción
Principio activo			
ANDROCUR® 50 mg	Oral	1-0-0	Antiandrógeno (bloqueante de hormonas masculinas)
Ciproterona acetato			
MERIESTRA® 1 mg	Oral	1-0-1	Tratamiento hormonal de sustitución (THS)
Estradiol valerato			
Fuente: Elaboración propia.			

^b Para evitar la identificación del sujeto se hace referencia en todo momento a un nombre ficticio (Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal).

^c El sexo biológico es varón pero el género sentido es mujer. En Aragón, al no disponer de Ley Integral de la Transexualidad propia (en debate actualmente) se exige que los cambios registrales se ciñan a la Ley 3/2007 de Identidad de Género, que demanda al menos dos años de inserción al tratamiento de la persona solicitante del cambio. Al estar comenzando la terapia hormonal, en el registro, la persona a estudio continúa figurando como hombre.

^d Aún no ha realizado ninguna cirugía de reasignación sexual (CRS).

VALORACIÓN FÍSICA

Signos vitales:

Frecuencia respiratoria: 18 rpm.

Tensión arterial: Brazo derecho: 111/65 Brazo izquierdo: 109/61

Frecuencia cardiaca (radial): 62 ppm.

Temperatura axilar: 36,5°C

Exploración física:

Peso: 53,300 kg

Talla: 1,73 m

IMC: 18,04 Delgadez leve.

HISTORIA ENFERMERÍA

Pilar, de 25 años, está comenzando el tratamiento hormonal. Se contacta con ella a través de una asociación de personas LGBT. Dice estar encantada de ayudar con el caso clínico. Vive con su novio desde hace un año. Está satisfecha con su relación afectivo-amorosa. Él es la persona más importante para ella, quien le apoya en todo. Comenta haber tenido un núcleo familiar de origen disfuncional, por lo que lo abandona a los 16 años. Dice tener buenos amigos, los cuales le apoyaron mucho en el pasado y continúan apoyándola.

Mantiene contacto ocular. Se muestra colaboradora, orientada en auto y alopsíquicamente. Presenta pensamiento orientado y coherente.

Dice dormir unas 7 horas. Se despierta descansada. No refiere insomnio de conciliación ni de mantenimiento. No refiere despertares precoces. Patrón de sueño regular de domingo a miércoles. Los jueves, viernes y sábado, a pesar de trabajar por la noche consigue adaptar satisfactoriamente el patrón del sueño.

Realiza tres comidas al día y pica algo entre horas. No comenta ninguna comida que no le guste, suele comer variado. Todos los días come alguna pieza de fruta. Toma verduras unas tres veces por semana, carbohidratos

como pastas o arroz aproximadamente tres veces a la semana y más o menos una vez por semana legumbres. Toma carne y pescado casi a diario. Bebe alrededor de un litro y medio de agua al día (aproximadamente 6 vasos). Niega haber realizado atracones conductas purgativas, ejercicio extremo o restricción de alimentos. Refiere tener "mucho respeto por esas cosas". Va al baño varias veces al día. Una o dos deposiciones diarias, blandas, conformadas y sin esfuerzo. Orina tres o cuatro veces al día, sin dolor, color amarillo pajizo.

Es autónoma para las actividades de la vida diaria (AVD). Le gusta mucho bailar. Es el ejercicio físico que realiza y se dedica a ello profesionalmente. Lo lleva a cabo todos los fines de semana. El nivel de estudios superado que tiene es la secundaria. Comenta que después de eso, su situación familiar le obligó a dejar los estudios. No fuma. Es bebedora social durante los fines de semana: "una copa o dos, al trabajar en un bar...". Niega consumo de otro tipo de drogas.

Tiene alergia a las manzanas y al pelo de los gatos.

No tiene antecedentes psiquiátricos, sin embargo dice haber sufrido episodios de ansiedad no diagnosticados cuando era adolescente. Comenta que lo pasó mal en el instituto, la gente se burlaba de ella y la acosaban. Ahora ya no recibe tantas críticas ni insultos, sin embargo observa latente ese rechazo social por lo que dice estar mejor pero continua temiendo que vuelva la ansiedad. El apoyo que recibe por parte de su pareja y sus amigos, junto con el baile suelen ayudarla a afrontar mejor el estrés. Refiere que "el problema de los que no somos normales no es por nosotros sino por el odio de la sociedad a lo diferente".

Lleva a cabo la experiencia de vida desde los 18 años. No se ha realizado ningún tipo de CRS. Aún no se ha cambiado legalmente el género de los documentos oficiales, pues en el registro le obligan a llevar al menos dos años con tratamiento hormonal. Dice estar entusiasmada por que llegue ese momento.

Está contenta con haber comenzado el tratamiento hormonal.

ORGANIZACIÓN DE DATOS POR SUBSISTEMAS SEGÚN EL MODELO DE DOROTHY JOHNSON.

Explicación del modelo de Dorothy Johnson¹²: ANEXO II

TABLA Nº III: Organización de datos por subsistemas según el modelo de Dorothy Johnson.	
SUBSISTEMA DE AFILIACIÓN	<p>Cuando era adolescente sufrió episodios de ansiedad no diagnosticados. Comenta pasarlo mal en el instituto por las burlas y acosos de compañeros. Ahora ya no recibe tantas críticas ni insultos, sin embargo observa latente ese rechazo social por lo que dice estar mejor pero continua temiendo que vuelva la ansiedad. Refiere que "el problema de los que no somos normales no es por nosotros sino por el odio de la sociedad a lo diferente".</p> <p>Vive con su novio desde hace un año. Supone un fuerte apoyo. También sus amigos lo son, tanto en el pasado como en el presente. Refiere haber abandonado el hogar a los 16 años debido a haber tenido un núcleo familiar de origen disfuncional. Se dedica todos los fines de semana, de forma profesional, al baile.</p>
SUBSISTEMA DE DEPENDENCIA	<p>Es autónoma para las AVD.</p> <p>Mantiene contacto ocular. Se muestra colaboradora, orientada en auto y alopsíquicamente. Presenta pensamiento orientado y coherente.</p> <p>Dice dormir unas 7 horas. Se despierta descansada. No refiere insomnio de conciliación ni de mantenimiento. No refiere despertares precoces. Patrón de sueño regular de domingo a miércoles. Los jueves, viernes y sábado, a pesar de trabajar por la noche consigue adaptar satisfactoriamente el patrón del sueño.</p>
SUBSISTEMA DE INGESTIÓN	<p>Realiza tres comidas al día y pica algo entre horas. Suele comer variado. Todos los días come alguna pieza de fruta. Toma verduras unas tres veces por semana, carbohidratos como pastas o arroz aproximadamente tres veces a la semana y más o menos una vez por semana legumbres. Toma carne y pescado casi a diario. Bebe alrededor de un litro y medio de agua al día (aproximadamente 6 vasos). Niega haber realizado atracones conductas purgativas, ejercicio extremo o restricción de alimentos</p>
SUBSISTEMA DE ELIMINACIÓN	<p>Lleva a cabo una o dos deposiciones al día, blandas, conformadas y sin esfuerzo. Orina tres o cuatro veces al día, sin dolor, color amarillo pajizo.</p>

SUBSISTEMA SEXUAL	<p>Tiene pareja. Está satisfecha con su relación afectivo-amorosa.</p> <p>Lleva a cabo la experiencia de vida desde los 18 años. No se ha realizado ningún tipo de CRS. Aun no se ha cambiado legalmente el género de los documentos oficiales.</p>
SUBSISTEMA DE REALIZACIÓN	<p>Le gusta mucho bailar y este supone el ejercicio físico que realiza.</p> <p>Nivel de estudios: hasta la secundaria</p>
SUBSISTEMA DE AGRESIÓN / PROTECCIÓN	<p>No fuma. Es bebedora social durante los fines de semana: "una copa o dos, al trabajar en un bar...".</p> <p>El apoyo que recibe por parte de su pareja y sus amigos, junto con el baile suelen ayudarla a afrontar mejor el estrés.</p>
Fuente: Elaboración propia.	

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Lleva a cabo la experiencia de vida desde los 18 años. Cuando era adolescente sufrió episodios de ansiedad no diagnosticados. Sigue temiendo que vuelva la ansiedad. El que continúe latente el rechazo social a los transexuales percibido por Pilar es un estímulo externo sobre el que la enfermera no puede trabajar. Sin embargo, podemos reforzar las buenas estrategias de afrontamiento de la persona y orientar las perjudiciales, como agente externo al sistema humano. También podemos ayudar a minimizar la importancia del impacto personal que supone para ella el odio rechazo que percibe. Por ello, la prioridad del plan de cuidados es eliminar el **Discomfort** que sufre Pilar debido a los estímulos transfóbicos. Para ello se sirve de su red de apoyo: su pareja y amigos y de las actividades que realiza: el baile.

FORMULACIÓN DE PROBLEMAS

Problemas de colaboración

COMPLICACION POTENCIAL: Ansiedad secundaria a proceso vital estresante.

Diagnósticos de independencia¹³

Discomfort (00214) r/c estímulos ambientales nocivos (transfobia social) m/p irritabilidad, incapaz para relajarse, inquietud.

Riesgo de baja autoestima situacional (00153) r/c antecedentes de abuso psicológico, rechazo.

PLANIFICACION DE CUIDADOS

Discomfort (00214) r/c estímulos ambientales nocivos (transfobia social) m/p irritabilidad, incapaz para relajarse, inquietud.

Criterio de resultado NOC^{14, 16, 17}

1608 Control de síntomas: Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional.

Objetivo: En un mes Pilar reconocerá los sentimientos de intranquilidad y falta de transcendencia psicoespiritual y social y el modo de minimizarlos la actuará cuando tenga necesidad.

Tabla nº IV: escala Likert de Control de síntomas¹⁴	Inicial	Esperado
160801 Reconoce el comienzo del síntoma	4	4
160803 Reconoce la intensidad del síntoma	4	4
160806 Utiliza medidas preventivas	3	5
160807 Utiliza medidas de alivio del síntoma	3	5
160809 Utiliza los recursos disponibles	3	5
160811 Refiere control de los síntomas	2	4

2011 Estado de comodidad: psicoespiritual: tranquilidad psicoespiritual relacionada con el autoconcepto, bienestar emocional, fuente de inspiración y significado y objetivo de la propia vida.

Objetivo: Pilar en un mes tendrá expresiones de comodidad con su situación.

Tabla nº V: escala Likert de Estado de comodidad: psicoespiritual¹⁴	Inicial	Esperado
201101 Bienestar psicológico	3	5
201104 Autoconcepto	3	5
201107 Expresiones de optimismo	4	5
201112 Depresión	2	1
201113 Ansiedad	3	1

Intervenciones NIC^{15, 16, 17}

5220 Mejora de la imagen corporal

5395 Mejora de la autoconfianza

5618 Enseñanza: tratamiento (tratamiento hormonal sustitutivo)

5240 Asesoramiento

Actividades

Quedar al menos en dos ocasiones los próximos dos meses para observar la evolución del bienestar en este tiempo.

Demostrar empatía, calidez y sinceridad.

Favorecer la expresión de sentimientos.

Valorar el uso de estrategias positivas de manejo del estrés y la ansiedad como el baile o la realización de otros ejercicios, la socialización con sus amistades y la práctica de otras actividades que pueda usar como hobbies que le ayuden a relajarse.

Determinar las expectativas corporales de Pilar en relación al comienzo de tu tratamiento con ciproterona y estradiol.

Utilizar una preparación anticipatoria para los cambios corporales COMO POR EJEMPLO QUE se espera un aumento del tamaño de las mamas, pero puede no ser simétrico o no ser del tamaño esperado³.

Comentar los principales lugares en los que comenzara a acumularse la grasa corporal, como lo son las caderas o el abdomen o variando en la cara³.

Dar a conocer que pueden sufrirse cambios de carácter con aumento de la emotividad³. También es esperable aumento de la memoria verbal, relacionada con el tratamiento¹⁸.

Explicar que puede no desaparecer totalmente el vello facial con la toma de mayores dosis de cualquiera de las hormonas. Tampoco incrementará el crecimiento mamario ni variará el tono de la voz³.

Ayudarle a comentar los cambios causados por el tratamiento.

Ayudarle a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.

Reforzar la dieta equilibrada que lleva y el deporte moderado como forma de aliviar la ansiedad. Un índice de masa corporal lo más próximo posible a la situación de normopeso y una dieta equilibrada con aportes hídricos suficientes ayudan al mantenimiento de la salud mental¹⁹.

Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica.

EVALUACIÓN

Fecha: 19/03/2016

Las personas en tratamiento sustitutivo hormonal comienzan a percibir los cambios físicos aproximadamente entre los dos y los cuatro meses del comienzo del tratamiento³. Por ello, la evaluación se realiza aproximadamente a los dos meses del comienzo de este. Tras este tiempo se evalúa la eficacia de las medidas preventivas contra la Baja autoestima situacional y la ansiedad y de eliminación del discomfort.

Además de la ocasión en la que se realizó la valoración nos hemos citado para dos sesiones: una con el fin de reforzar las actividades pautadas y otra con el fin de evaluar su impacto en la vida de Pilar. Dice sentirse similar a la vez anterior, pues ya antes era ciertamente optimista, sin embargo, sí que ha observado que han disminuido los momentos con un nivel mayor de tensión. Refiere haber ganado algo de peso, ahora se encuentra en 53,900, pero lo siente como algo bueno. Dice que se ha apuntado al gimnasio, con el fin de no llegar a ganar mucho más y de relajarse, pues le ayuda a librarse de la ansiedad. También refiere que si bien los cambios físicos no han sido muy intensos, ese peso que ha ganado le ha sentado diferente a otras veces, más centrado en las caderas y el abdomen. Los cambios que nota los percibe con gusto y los que están por venir con realismo, ahora que sabe lo que esperar.

Tabla nº VI: escala Likert de Control de síntomas¹⁴	Inicial	Esperado	Final
160801 Reconoce el comienzo del síntoma	3	4	4
160803 Reconoce la intensidad del síntoma	3	4	4
160806 Utiliza medidas preventivas	3	5	4
160807 Utiliza medidas de alivio del síntoma	3	5	5
160809 Utiliza los recursos disponibles	3	5	5
160811 Refiere control de los síntomas	2	4	4

Tabla nº VII: escala Likert de Estado de comodidad: psicoespiritual¹⁴	Inicial	Esperado	Final
201101 Bienestar psicológico	3	5	4
201104 Autoconcepto	3	5	4
201107 Expresiones de optimismo	4	5	5
201112 Depresión	2	1	1
201113 Ansiedad	3	1	1

CONCLUSIÓN

El modelo de Johnson resulta eficaz para entender la forma de cuidar situaciones no patológicas como lo es la transexualidad. La enfermera será el agente externo que proporcione equilibrio y estabilidad a la persona y la vuelva a dotar de bienestar, en caso de que lo haya perdido. Más concretamente, en el caso que nos ocupa, siendo la sociedad, es decir, el entorno, el agente estresor que puede desequilibrar la conducta y los diferentes subsistemas humanos, este modelo se hace idóneo para explicar que la enfermería no es la profesión que ayuda a la medicina a curar enfermos, sino la actividad del cuidar a todas aquellas personas que lo precisen, sin importar la situación que tengan, en este caso como regulador externo de la conducta de alguno de los subsistemas que las forman.

Desde que las personas transexuales han reclamado a la sociedad que su situación no conforma un problema, sino una forma distinta de sentir y comportarse que la que se les ha asignado e inculcado desde niños, la relación de estas con la medicina ha sido objeto de polémica. Ahora, popularmente se comprende mejor que estas personas quieran ayuda médica para su situación específica, sin necesidad de tacharlas de enfermas mentales, sin embargo, el estigma transfóbico continúa latente.

Un ejemplo de acción propia de enfermería sobre la que debería reflexionarse se realiza frecuentemente de un modo semi-irreflexivo, y es la asignación de camas según el género del paciente. Ese género que aparece en los registros hospitalarios es el que aparece en los legales. Teniendo en cuenta que las personas transexuales también son susceptibles de desarrollar patologías somáticas no relacionadas con su situación identitaria, enfermería debe asegurar una asignación adecuada de las camas. Sin embargo el cuidado de personas en estas situaciones no termina en la función asistencial, tenemos la capacidad y la responsabilidad social de terminar con la estigmatización desde fuera de la profesión, formando en parte de esa sociedad a la que todavía le queda que avanzar en materia de tolerancia.

Uno de los objetivos de este trabajo era recopilar el conocimiento que tiene enfermería como profesión sanitaria, parte del equipo de cuidados, sobre ciertos factores psicosociales relacionados con la transexualidad. Se han

encontrado dificultades en esa recopilación al no existir todavía artículos concretos sobre la transexualidad en revistas propias de enfermería. Resulta evidente la necesidad de sensibilización con estas situaciones con el fin de ser capaces de empatizar con ellas y mejorar la calidad de los cuidados que se les presta.

"Enfermería no es medicina de segunda clase, sino cuidados de primera"

-Loretta Ford.

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Esther Gómez Gil, por su contribución a la bibliografía del trabajo.
A la sujeto de mi caso por su paciencia, comprensión y aceptar participar en él. A María Eugenia Estrada, por la disponibilidad que ha tenido tutorizando el trabajo. Y a todos aquellos que han mostrado su apoyo con el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Otero Camprubí A, Gómez Gil E. Trastornos sexuales. Trastornos de la identidad de género. En: Vallejo Ruiloba, J, Leal Cercos, C editores. Tratado de Psiquiatría, vol. II. 1ª ed. Barcelona: Ars Médica; 2005. p. 1537-1559.
2. Gómez Gil E, et al. Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. Psychoneuroendocrinology [Internet]. 2012 [consulta el 11 de enero de 2016]; 37:662-670. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21937168>
3. Moreno Pérez O, Esteva de Antonio I. Grupo de identidad de género y diferenciación sexual de la SEEN. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Endocrinol Nutr [Internet]. 2012 [consulta el 11 de enero de 2016]; 59(6):367-382. Disponible en: <https://medes.com/publication/75244>
4. Fernández Rodríguez M, García Vega E. Variables clínicas en el trastorno de identidad de género. Psicothema [Internet]. 2009 May [consulta el 11 de enero de 2016]; 24(4):555-560. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/4053.pdf>
5. Gomez Gil E, Zubiaurre Elorza L, Esteva de Antonio I, Guillamon A, Salamero M. Determinants of quality of life in spanish transsexuals attending a gender unit before genital sex reassignment surgery. Qual Life Res [Internet]. 2014 Mar [consulta el 11 de enero de 2016]; 23(2):669-76. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23943260>
6. Bartolucci C, et al. Sexual quality of life in gender-dysphoric adults before genital sex reassignment surgery. J Sex Med [Internet]. 2015 [consulta el 11 de enero de 2016]; 12:180-188. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25401972>
7. Gómez Gil E, et al. Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000 a 2009. Rev Clin Esp [Internet]. 2011 Abr [consulta el 11 de enero de 2016]; 211(5):233-239. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90004656&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=65&ty=3&acci

- on=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=65v211n05a90004656pdf001.pdf
8. Fernández Rodríguez M, García Vega E. Análisis de algunas variables sociodemográficas en un grupo de personas transexuales. Norte de salud mental [Internet]. 2014 [consulta el 11 de enero de 2016]; 7(48):26-35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830203>
 9. Gómez Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdes M. Sociodemographic, clinical and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. Arch Sex Behav [Internet]. 2009 Jun [consulta el 11 de enero de 2016]; 38(3):378-92. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18288600>
 10. Wittich RM. Atención psicomédica a personas transexuales en España en la era de la despatologización de la transexualidad como trastorno mental. Una revisión global. Endocrinol Nutr [Internet]. 2013 Ago [consulta el 11 de enero de 2016]; 60(10):659-603. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90259159&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=12&ty=58&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=12v60n10a90259159pdf001.pdf
 11. Tena F. Sacudirse la tutela médica. hacia la despatologización de la transexualidad. Revista Andaluza de Antropología [Internet]. 2013 Sep [consulta el 11 de enero de 2016]; 5:35-65. Disponible en: <http://www.revistaandaluzadeantropologia.org/index.php?page=tena>
 12. Holaday B. Modelos del sistema conductual. En: Raile Alligood M, et al. editores. Modelos y teorías en enfermería. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 322-339.
 13. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2016.
 14. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
 15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

16. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher G, Maas M, Sanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-1 y diagnósticos médicos: soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2012.
17. Johnson M, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos en enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007.
18. Torres A, Gómez Gil E, Vidal A, Puig O, Boget T, Salamero M. Diferencias de género en las funciones cognitivas e influencia de las hormonas sexuales. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2006 [consulta el 11 de enero de 2016]; 34(6):408-415. Disponible en: <https://medes.com/publication/22734>
19. Fornés Vives J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría: Valoración y cuidados. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.